

Klausur – Aufgaben



UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Knz.	PM-GOP-P12-060318
Datum	18.03.2006

Die Klausur besteht aus 5 Aufgaben, von denen alle zu lösen sind.

Ihnen stehen 90 Minuten für die Lösung zur Verfügung. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 100 Punkte. Zum Bestehen der Klausur müssen mindestens 50 % der Gesamtpunktzahl erzielt werden.

Lassen Sie 1/3 Rand für die Korrekturen und **schreiben Sie unbedingt leserlich.**

Denken Sie an Name und Matrikelnummer auf den von Ihnen benutzten Lösungsblättern.

Bearbeitungszeit:	90 Minuten
Anzahl der Aufgaben:	5
Höchstpunktzahl:	100
zulässige Hilfsmittel:	keine

Bewertungsschlüssel

Aufgabe	1	2	Wahlaufgabe 3 A oder B	4	Wahlaufgabe 5 A oder B	insg.
max. erreichbare Punkte	18	16	24	24	18	100

Notenspiegel

Note	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
notw. Punkte	100-95	94,5-90	89,5-85	84,5-80	79,5-75	74,5-70	69,5-65	64,5-60	59,5-55	54,5-50	49,5-0

Alle 5 Aufgaben sind zu bearbeiten.

Aufgabe 1: Einführung in die Sozial- und Gesundheitspolitik 18 Punkte

Die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland erfolgt über ein beitragsfinanziertes Umlageverfahren. In der aktuellen Diskussion über eine Reform der Sozialsysteme wird zunehmend die Befürchtung geäußert, dass die Stabilität des Finanzierungsgleichgewichts dieses Umlageverfahrens langfristig nicht mehr gewährleistet ist.

- 1.1 Erläutern Sie zwei Faktoren, durch welche das Finanzierungsgleichgewicht in der umlagefinanzierten Rentenversicherung künftig gefährdet sein wird. 6 Punkte
- 1.2 Erläutern Sie vier Maßnahmen, durch welche der drohenden Finanzierungslücke in der umlagefinanzierten Rentenversicherung gegengesteuert werden kann. 12 Punkte

Aufgabe 2: Gesundheitssystem der Bundesrepublik 16 Punkte

Im Rahmen der Gesundheitsreform wird über verschiedene Formen der Budgetierung (Deckelung der Ausgaben) diskutiert.

- 2.1 Erläutern Sie die möglichen Auswirkungen einer Überschreitung des Honorarbudgets eines Arztes in einem KV-Bezirk. 4 Punkte
- 2.2 Erläutern Sie die möglichen Auswirkungen einer Überschreitung des Arzneimittelbudgets eines Arztes in einem KV-Bezirk. 4 Punkte

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wurden die Patienten in verstärktem Maße zur Leistung von Zuzahlungen verpflichtet.

- 2.3 Erläutern Sie, inwiefern Zuzahlungen zu einem Rückgang der Leistungsnachfrage bei den Patienten führen können. (2 Nennungen) 4 Punkte
- 2.4 Beschreiben Sie zwei Nachteile von Zuzahlungen im Gesundheitswesen. 4 Punkte

Achtung es folgt eine Wahlaufgabe:

Aufgabe 3A = Alter Studienbrief

Aufgabe 3B = Neuer Studienbrief

Beantworten Sie entweder Frage 3A oder Frage 3B.

Sollten Sie beide Fragen bearbeiten wird nur die von Ihnen **zuerst bearbeitet Frage bewertet.**

Aufgabe 3A: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich	24 Punkte
--------------------------------------------------------------------	------------------

In der Gesundheitspolitik haben die Mitgliedstaaten der Europäischen Union nationale Kompetenz bei Gesetzgebung und Gestaltung. Erläutern Sie, inwieweit auf europäischer Ebene eine Harmonisierung auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik stattfindet.

oder

Aufgabe 3B: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich	24 Punkte
--------------------------------------------------------------------	------------------

Die Aussagefähigkeit internationaler Vergleiche von Gesundheitssystemen setzt voraus, dass geeignete Vergleichsindikatoren ausgewählt werden.

3B1) Nennen Sie fünf Bereiche, aus denen Indikatoren abgebildet werden sollten. 10 Punkte

Beim Vergleich der Versicherungsprinzipien wird zwischen Ländern mit Kostenerstattungsprinzip und Ländern mit Sachleistungsprinzip unterschieden.

3B2) Erläutern Sie die Unterschiede zwischen diesen beiden Versicherungsprinzipien. 6 Punkte

3B3) Nennen jeweils einen Vorteil und einen Nachteil zum Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzips. (je 2 Nennungen) 8 Punkte

Aufgabe 4: Managed Care und Pflegeversorgung	24 Punkte
-----------------------------------------------------	------------------

Im Rahmen des Managed Care wird zwischen Utilization review und Utilization management unterschieden.

4.1 Erläutern Sie drei Formen des Utilization review. 12 Punkte

4.2 Worin liegt der wesentliche Unterschied des Utilization review gegenüber dem Utilization management? 3 Punkte

4.3 Welche Kritikpunkte werden gegenüber dem Utilization review bzw. Utilization management vorgebracht (3 Nennungen)? 9 Punkte

Achtung es folgt eine Wahlaufgabe:

Aufgabe 5A = Alter Studienbrief

Aufgabe 5B = Neuer Studienbrief

Beantworten Sie entweder Frage 5A oder Frage 5B.

Sollten Sie beide Fragen bearbeiten wird nur die von Ihnen **zuerst bearbeitet Frage bewertet.**

Aufgabe 5A: Analyse der Pflegemärkte

18 Punkte

Voraussetzung für einen funktionierenden Markt ist das Vorliegen von „vollkommener Konkurrenz“.

5A1) Nennen Sie drei Voraussetzungen für vollkommene Konkurrenz! 6 Punkte

5A2) Nennen Sie vier Beispiele für Marktversagen bei Pflegeleistungen auf dem Pflegemarkt und erläutern sie diese kurz. 12 Punkte

oder

Aufgabe 5B: Analyse der Pflegemärkte

18 Punkte

„Die gesetzliche Pflegeversicherung ist eine Teilkaskoversicherung“.

5B1) Erläutern Sie diese Aussage anhand der Leistungen der Pflegeversicherung in der Stationären Pflege (keine Zahlenangaben erforderlich). 6 Punkte

Der von der Pflegeversicherung zugrunde gelegte Begriff der „Pflegebedürftigkeit“, sowie das Verfahren der Feststellung dieser Pflegebedürftigkeit wird seit der Einführung der Pflegeversicherung in Fachkreisen heftig kritisiert.

5B2) Erläutern Sie drei Kritikpunkte, welche gegen den Pflegebedürftigkeitsbegriff, sowie das Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorgetragen werden. 12 Punkte



Studiengang	Pflegemanagement
Fach	Gesundheitsökonomie und -politik
Art der Leistung	Prüfungsleistung
Klausur-Knz.	PM-GOP-P12-060318
Datum	18.03.2006

Um größtmögliche Gerechtigkeit zu erreichen, ist nachfolgend zu jeder Aufgabe eine Musterlösung inklusive der Verteilung der Punkte auf Teilaufgaben zu finden. Natürlich ist es unmöglich, jede denkbare Lösung anzugeben. Stoßen Sie bei der Korrektur auf eine andere als die als richtig angegebene Lösung, ist eine entsprechende Punktzahl zu vergeben. Richtige Gedanken und Lösungsansätze sollten positiv bewertet werden. Sind in der Musterlösung die Punkte für eine Teilaufgabe summarisch angegeben, so ist die Verteilung dieser Punkte auf Teillösungen dem Korrektor überlassen.

50 % der insgesamt zu erreichenden Punktzahl (hier also 50 Punkte von 100 möglichen) reichen aus, um die Klausur erfolgreich zu bestehen.

Die differenzierte Bewertung in Noten nehmen Sie nach folgendem Bewertungsschema vor:

Bewertungsschlüssel

Aufgabe	1	2	Wahlaufgabe 3 A oder B	4	Wahlaufgabe 5 A oder B	insg.
max. erreichbare Punkte	18	16	24	24	18	100

Notenspiegel

Note	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
notw. Punkte	100-95	94,5-90	89,5-85	84,5-80	79,5-75	74,5-70	69,5-65	64,5-60	59,5-55	54,5-50	49,5-0

Die korrigierten Arbeiten reichen Sie bitte spätestens bis zum

05. 04. 2006

bei Ihrem Studienzentrum ein. Dies muss persönlich oder per Einschreiben erfolgen. Der Abgabetermin ist unbedingt einzuhalten. Sollte sich aus vorher nicht absehbaren Gründen eine Terminüberschreitung abzeichnen, so bitten wir Sie, dies unverzüglich Ihrem Studienzentrumsleiter anzuzeigen.

Lösung 1: Einführung in die Sozial- und Gesundheitspolitik 18 Punkte

Gefährdung des Finanzierungsgleichgewichts (neuer SB 1, S. 42; alter SB 1, S. 47)

- 1.1 Die voraussichtliche demografische Entwicklung mit einer höheren Lebenserwartung einerseits bei gleichzeitig sinkender Geburtenrate andererseits erhöht den Rentnerquotienten. 3 Punkte
- Der künftige Trend zum späteren Eintritt ins Erwerbsleben (z.B. durch Studium) sowie zum frühzeitigeren Bezug von Altersrenten insbesondere durch Frühverrentung erhöht den Rentnerquotienten. Hier spielt auch die steigende Arbeitslosenquote eine besondere Rolle. 3 Punkte

1.2 Maßnahmen zum Gegensteuern gegen eine drohende Finanzierungslücke (neuer SB 1, S. 43 und 44; alter SB 1, S. 47 und 48) max. 12 Punkte

- Senkung des Rentenniveaus durch eine Verschiebung der Rentenanpassung oder durch Anpassung der Rente an die niedrigere Inflationsrate statt an die höhere Nettolohnentwicklung. 3 Punkte
- Ergänzung der beitragsfinanzierten Rente durch kapitalgedeckte private Vorsorgeformen (individuelle und betriebliche Altersversorgung). 3 Punkte
- Erhöhung des Rentnerquotienten durch eine Regelung der Zuwanderung (Einwanderungsgesetz), Förderung der Erwerbstätigkeit von Frauen oder Erhöhung der Regelaltersgrenze. 3 Punkte
- Einführung einer steuerfinanzierten Grundrente, welche eine Mindestsicherung für Alte gewährt und welche die umlagefinanzierte Rente ergänzt. 3 Punkte
- Entlastung der umlagefinanzierten Rentenversicherung von sogenannten sozialversicherungsfremden Leistungen (z.B. Familienlastenausgleich, vereinigungsbedingte Fremdlasten). 3 Punkte

Lösung 2: Gesundheitssystem der Bundesrepublik 16 Punkte

Auswirkungen einer Budgetüberschreitung (neuer SB 3, S. 51 und 52, alter SB 3, S. 50 und 51)

- 2.1 Beim Überschreiten des Honorarbudgets der Ärzte in einem KV-Bezirk sinkt der Punkt wert der Einzelleistungen bzw. Leistungskomplexe. Hierdurch erhalten die Ärzte ein niedrigeres Honorar als kalkuliert. Es besteht die Gefahr, dass Ärzte notwendige Behandlungsmaßnahmen verschieben. 4 Punkte
- 2.2 Beim Überschreiten des Arzneimittelbudgets werden die Honorare der verordnenden Ärzte nach einem zuvor vereinbarten Schlüssel gekürzt. Hierdurch entsteht die Gefahr, dass es zu Rückzahlungen von Arzthonoraren kommen kann, was wiederum für die Ärzte einen Anreiz darstellt, notwendige Medikamente nicht mehr zu verordnen. 4 Punkte

Auswirkungen von Zuzahlungen durch Patienten auf Gesundheitsleistungen (neuer SB 3, S. 41, alter SB S. 40)

- 2.3
- Zuzahlungen geben einen Anreiz, dass Patienten kostengünstiger Anbieter bzw. Leistungen wählen. 2 Punkte
 - Zuzahlungen geben einen Anreiz, geringere Leistungsmengen in Anspruch zu nehmen (preiselastische Nachfrage). 2 Punkte

2.4 Nachteile von Zuzahlungen:

max. 4 Punkte

- Bei sozialschwachen Patienten können Zuzahlungen zu unzumutbaren sozialen Härten führen. 2 Punkte
- Bei chronisch Kranken führen Zuzahlungen zu finanziellen Belastungen, ohne dass sie eine Steuerungswirkung entfalten können. 2 Punkte
- Zuzahlungen beinhalten die Gefahr, dass die Patienten notwendige Behandlungen/ Medikationen verschieben, was möglicherweise zu kostenaufwändigeren Nachbehandlungen führen wird. 2 Punkte

Achtung Wahlaufgabe, die Studienerenden sollen Frage 3A oder Frage 3 B beantworten. Sollten beide Fragen beantwortet werden wird immer nur die zuerst dokumentierte Antwort gewertet.

Lösung 3A: Gesundheitssystem im internationalen Vergleich 24 Punkte

alter SB 4, S. 8f.:

Harmonisierung:

- Durch internationale Organisationen werden Angleichungsprozesse gefördert, z.B. durch Aktionsprogramme wie Gesundheitsförderung, Vereinheitlichung der Gesundheitsberichterstattung, Verhütung umweltbedingter Krankheiten. Durch gegenseitige Anerkennung von Zeugnissen, Diplomen, Befähigungsnachweisen von Angehörigen der Gesundheitsberufe. 8 Punkte
- Durch gegenseitige Anerkennung auf dem Gebiet des Arzneimittelrechts und der Arzneimittelzulassung. 8 Punkte
- Durch Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes z.B. Zahlung von Pflegegeldern auch an Berechtigte in anderen EU-Staaten. 8 Punkte

Lösung 3B: Gesundheitssystem im internationalen Vergleich 24 Punkte

3B1) Auswahl von Bereichen bzw. Vergleichsindikatoren (neuer SB 4, S. 9)

max. 10 Punkte
je Nennung
2 Punkte

- Bevölkerung und gesundheitliche Situation
- Organisation der Gesundheitssysteme
- Finanzierung der Gesundheitsversorgung
- Gesundheitsausgaben
- Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und Ressourcen
- Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung
- Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

3B2) Kostenerstattungsprinzip und Sachleistungsprinzip (neuer SB 4, S. 12 und 13) Unterschiede:

- Beim Kostenerstattungsprinzip bezahlt der Versicherte die in Anspruch ,genommenen Leistungen direkt an den Leistungserbringer und reicht anschließend die Rechnung über die erbrachten Leistungen beim Kostenträger ein. Der Kostenträger erstattet dem Versicherten die nachgewiesenen Kosten. 3 Punkte
- Beim Sachleistungsprinzip erhält der Leistungsanbieter die Vergütung für die von ihm erbrachten Leistungen vom Kostenträger aufgrund direkter vertraglicher Vereinbarungen zwischen ihm und dem Kostenträger. Der Versicherte ist in die Zahlungsabwicklung nicht involviert. 3 Punkte

3B3) Kostenerstattungsprinzip und Sachleistungsprinzip je ein Vorteil und Nachteil zum (neuer SB 4, S. 12 und 13):

Kostenerstattungsprinzip

Vorteil des Kostenerstattungsprinzips:

Schaffung von Kostentransparenz für den Versicherten; hieraus resultierend möglicherweise Anreize zum Leistungsbezug bei kostengünstigeren Leistungsanbietern. 2 Punkte

Nachteil des Kostenerstattungsprinzips:

Vergleichsweise hoher Verwaltungsaufwand für den Versicherten; Zinsverlust durch Vorfinanzierung der erbrachten Leistungen. 2 Punkte

Sachleistungsprinzip

Vorteil des Sachleistungsprinzips:

Der Versicherte ist in die Abwicklung der Abrechnung der von ihm in Anspruch genommenen Leistungen nicht einbezogen, so dass für ihn keinerlei Verwaltungsaufwand entsteht. 2 Punkte

Nachteil des Sachleistungsprinzips:

Der Versicherte hat in der Regel keine Informationen über die Preise der von ihm in Anspruch genommenen Leistungen; diese fehlende Kostentransparenz hat in der Regel preisinelastische Nachfrage zur Folge. 2 Punkte

Lösung 4: Managed Care und Pflegeversorgung

24 Punkte

4.1 Formen des Utilization review (SB 5, S. 43 und 44)

max. 12 Punkte
je Nennung
und Erläuterung
4 Punkte

1. Preadmission review:

- In der Regel der stationären Einweisung vorgelagert
- Der Fach- oder Allgemeinarzt kann nicht eigenverantwortlich über eine stationäre Einweisung entscheiden, sondern muss sich beim Finanzierer der Leistung zunächst eine Genehmigung einholen.

2. Preauthorization review:

- Steuerung des Einsatzes von Diagnose- und Therapieformen sowie medizinischer Hilfsmittel in der ambulanten Versorgung, wobei sich dies auf eine begrenzte Anzahl sehr teurer Behandlungsformen konzentriert.
- Auch hier muss sich der Arzt den Einsatz der Behandlungsformen bzw. der medizinischen Hilfsmittel vorher genehmigen lassen.

3. Second Opinion-Programme:

- Es wird die Einschätzung eines weiteren Fachkollegen eingefordert.
- Nur wenn beide zu einer einheitlichen Diagnose gelangen, darf die Operation durchgeführt werden.

4. Concurrent review:

- Die Leistungsanbieter legen einen Behandlungsplan vor und lassen dessen Angemessenheit überprüfen.
- Dies umfasst auch die konkrete Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus sowie die Organisation der nachfolgenden Behandlungsformen.

5. Retrospective/Discharge review:

- Die Behandlung wird nachvollzogen und auf ihre Wirtschaftlichkeit hin überprüft.
- Auf diese Weise wird analysiert, ob die Vorgaben eingehalten wurden oder ob es zu signifikanten Abweichungen zu Vergleichsgruppen gekommen ist.

4.2 Unterschiede zum Utilization management (SB 5, S.42)

Beim Utilization management handelt es sich nicht um eine fallweise Betrachtung, sondern die aggregierten Leistungen eines Anbieters werden mit den Ergebnissen der besten Leistungsanbieter (best practice) und dem statistischen Mittelwert ähnlicher Leistungsanbieter verglichen. Beim Utilization management ergeben sich Schnittstellen zum Benchmarking.

3 Punkte

4.3 Kritikpunkte gegenüber dem Utilization review bzw. Utilizationmanagement (SB 5, S. 46)

9 Punkte
je Nennung
3 Punkte

- Verlust von Entscheidungsfreiheit des Arztes sowohl gegenüber dem Patienten als auch gegenüber dem Kostenträger. Der Arzt befindet sich in einem kontinuierlichen Rechtfertigungszwang gegenüber beiden Parteien.
- Spürbare Steigerung der Bürokratie bei der Leistungserstellung. Es wird ein weiterer Verwaltungsapparat aufgebaut, welcher keine produktiven Leistungen hervorbringt.
- Einschränkung der Therapiefreiheit der Ärzte, was zwangsläufig zu einer „Kochbuchmedizin“ führt. Individuelle Besonderheiten können nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Achtung Wahlaufgabe, die Studierenden sollen Frage 5A oder Frage 5B beantworten. Sollten beide Fragen beantwortet werden wird immer nur die zuerst dokumentierte Antwort gewertet.

Lösung 5A: Analyse der Pflegemärkte

18 Punkte

5A1) Voraussetzungen für vollkommene Konkurrenz (alter SB6, S. 32)

max. 6 Punkte
je Nennung
2 Punkte

- Anbieter und Nachfrager handeln unabhängig voneinander
- Nachfrager sind vollständig informiert und handeln rational
- Kosten und Nutzen fallen nur bei den jeweiligen Käufern und Verkäufern an und nicht bei Dritten (Abwesenheit externer Effekte)
- Anbieter und Nachfrager sind so zahlreich, dass keiner von ihnen den Marktpreis beeinflussen kann („Preisnehmer“)
- Der Zugang zum Markt für neue Anbieter und Nachfrager ist frei; es gibt keine Marktzutrittsbeschränkungen

5A2) Marktversagen auf dem Markt für Pflegeleistungen (alter SB 6, S. 32 bis 34)

max. 12 Punkte
je Argument
und Erläuterung
max. 4 Punkte

1. Informationsasymmetrien zu Lasten der Nachfrager

- Vor Abschluss eines Pflege-/Heimvertrages sind die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen meist nicht in der Lage, die Qualität der Pflegeeinrichtung zu beurteilen (Pflege als Erfahrungs- bzw. Vertrauensgut)
- Die Pflegebedürftigen sind keine souveränen Kunden; dies gilt insbesondere dann, wenn sie demenziell erkrankt sind
- Die Anbieter sind demgegenüber bestens informiert und haben insofern gegenüber den Nachfragern einen Informationsvorsprung

2. Größere Marktmacht der Anbieter

- Geringe Wechselbereitschaft der Pflegebedürftigen, insbesondere im Bereich der stationären Pflege
- Oftmals geringe Auswahl an Pflegeeinrichtungen, insbesondere im ländlichen Bereich
- Der Pflegebedürftige hat keinen Einfluss auf den Preis; dieser wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen ausgehandelt

3. Uno-Actu-Prinzip bei der Leistungserstellung

- Pflegeleistungen werden im gleichen Moment konsumiert wie sie produziert werden
- Da Pflegeleistungen nicht auf Vorrat produziert werden können, besteht die Gefahr, dass unzureichende Reservekapazitäten seitens der Pflegeeinrichtungen vorgehalten werden
- Es ist nicht auszuschließen, dass es als Folge unzureichender Reservekapazitäten zu vorübergehenden Rationierungen bei der Leistungserstellung kommt, die im Fall unaufschiebbarer Bedarfs im pflegerischen Bereich jedoch nicht akzeptiert werden können

4. Externe Effekte bei der Leistungserstellung

- Kosten/Nutzen fallen im Gesundheits- bzw. Pflegebereich nicht nur bei den betreffenden Konsumenten an, sondern auch bei Dritten, die mit dem eigentlichen Kauf/Verkauf gar nichts zu tun haben
- Da das Verursacherprinzip im Gesundheitswesen nicht gilt, werden weder die positiven (externen Vorteile) noch die negativen (externen Kosten) externen Effekte vom Entscheidungsträger bei seiner Entscheidung berücksichtigt
- Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ist das Maß an gesundheitsschädlichem Verhalten zu groß bzw. das Maß an gesundheitsförderlichem Verhalten somit zu klein

Lösung 5B: Gesundheitssystem im internationalen Vergleich 18 Punkte

5B1) Gesetzliche Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung (neuer SB 6, S. 36)

Die gesetzliche Pflegeversicherung übernimmt bei stationärer Pflege nicht die gesamten Kosten eines Heimaufenthaltes, sondern lediglich die pauschalierten Kosten der pflegebedingten Aufwendungen, sozialen Betreuung sowie die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitionsbetrag sind vom pflegebedürftigen Bewohner selbst zu zahlen. Zum Teilkaskogedanken der Pflegeversicherung gehört auch, dass die gesetzliche Pflegeversicherung nicht die tatsächlichen Kosten der Pflegebedürftigkeit übernimmt, sondern lediglich Leistungspauschalen in Abhängigkeit von der Pflegestufe zahlt.

6 Punkte

5B2) Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie am Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (neuer SB 6, S. 24 bis 26)

12 Punkte

- Bei der Ermittlung des Pflegebedarfs wird vom MDK lediglich derjenige Hilfebedarf erfasst, der im Rahmen der abschließend definierten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens anfällt. Ein darüber hinausgehender Hilfebedarf insbesondere im Bereich der Kommunikation bzw. Anleitung und Beaufsichtigung bleibt unberücksichtigt.
- Bei der Ermittlung des für die Einstufung relevanten Zeitaufwands wird nicht der individuelle Hilfebedarf zugrunde gelegt; ausschlaggebend ist vielmehr der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger bzw. eine nicht als Pflegeperson ausgebildete Pflegekraft für die Hilfeleistungen im Bereich der definierten Verrichtungen benötigt.
- Voraussetzung für die Einstufung als „erheblich pflegebedürftig“ ist ein Zeitaufwand im Bereich der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung von tagesdurchschnittlich mindestens 90 Minuten. Pflegebedürftige mit einem geringfügig niedrigeren Hilfebedarf sind somit nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung.

4 Punkte

4 Punkte

4 Punkte

Hinweis zur Korrektur:

Auch andere Nennungen, welche sich auf die Kritik am Einstufungsverfahren bzw. am Pflegebedürftigkeitsbegriff beziehen, sind zu werten.